FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 — **THÈSE** — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mlle Sylvie LÉVIGNE

LICENCIÉE ES-SCIENCES

Née à Vallore-Montagne (Puy-de-Dôme), le 27 avril 1885

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DERMATITE POLYMORPHE DOULOUREUSE RÉCIDIVANTE DE LA GROSSESSE

OU

HERPÈS GESTATIONIS

Président : M. BAR, *Professeur*

PARIS

A. BERTRAND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

38, Boulevard Saint-Germain, 38

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL N.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	RATHERY
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RETTERER
BRANCA	GOUGEROT	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GREGOIRE	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUENIOT	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	GUILLAIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JEANNIN	MULON	SICARD
CARNOT	JOUSSET (A.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LANGLOIS	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LECENE	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BAR

Respectueux hommage

A MES PROFESSEURS

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

C'est pour moi un grand honneur et une heureuse circonstance de pouvoir, au début de cette thèse, dire combien je suis reconnaissante aux Professeurs qui m'ont enseigné la Médecine et la Chirurgie.

Pendant mon premier stage de Médecine, j'ai pu apprécier le brillant enseignement de M. le Professeur agrégé Marcel Labbé. Dans son service, j'ai été guidée dans l'examen des malades par M. le Docteur Rosenthal, chef de Clinique, qui avec extrêmement d'amabilité et de talent s'est toujours beaucoup occupé des élèves du service.

Pendant ma deuxième année de stage, j'ai profité des excellents conseils de M. le Docteur Siredey, Médecin des Hôpitaux, et c'est grâce à la très bonne organisation de son enseignement, pratique avant tout, que j'ai appris la Gynécologie. Je n'oublie pas sa bienveillance envers ses élèves.

En Chirurgie, j'ai largement profité de la bonté de M. le Professeur Ricard, Chirurgien des Hôpitaux, et j'ai suivi son enseignement si intéressant pendant mes deux années de stage. C'est dans le service de M. le Professeur Ricard, que guidée par M. le Docteur Gernez, que je savais déjà être un Prosecteur des plus distingués, j'ai appris à examiner les malades atteints d'affections chirurgicales. C'est avec joie que je le remercie pour son enseignement remarquable et l'intérêt qu'il porte à ses élèves.

J'ai fait un très intéressant stage à Lariboisière dans le service de M. le Professeur agrégé Sébilleau. En lui adressant mes remerciements, je n'oublie pas ses Chefs de Clinique, M. le Docteur Lemaître et M. le Docteur Gibert.

Mais je ne puis m'empêcher de dire que mon stage de spécialité préférée, l'accouchement, a été pour moi un des plus attrayants et je recommencerais volontiers à faire des gardes auprès des femmes en travail. Quels profits, j'ai tiré des nuits que je passais pour mettre en pratique les conseils que nous donnaient avec tant de talent M. le Professeur agrégé Doléris, Accoucheur des Hôpitaux, M. le Docteur Funck-Brentano, Accoucheur des Hôpitaux, et M. le Docteur Dubrisay, Chef de Cli-

nique de la Faculté. C'est ici le moment de leur dire combien je les remercie sincèrement de leur si bon enseignement.

M. le Docteur Funck-Brentano m'a fait le grand honneur de me donner un sujet de thèse fort intéressant. J'ai essayé par ce travail de lui être reconnaissante.

Je remercie vivement M. le Docteur Foy, alors Interne du service, qui m'a beaucoup aidée et conseillée.

Je dois à l'extrême obligeance de M. le Docteur Leray la photographie des mains de la malade observée.

J'ai suivi avec le plus grand profit les Consultations de l'Hôpital Saint-Louis, faites par MM. les Professeurs Brocq, Darier, Thibierge. Les nombreux cas d'affections de la peau que j'ai étudiés m'ont été très utiles pour traiter le sujet de ma thèse.

M. le Professeur Bar, m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Je le prie d'agréer ma reconnaissance respectueuse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DERMATITE POLYMORPHE DOULOUREUSE RÉCIDIVANTE DE LA GROSSESSE

OU

HERPÈS GESTATIONIS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

De tous temps les observateurs avaient été frappés de la coïncidence de certaines affections de la peau et de troubles internes de l'organisme. En particulier de l'existence de certaines manifestations cutanées chez les femmes enceintes et chez les femmes mal réglées ou ayant des affctions des organes génitaux.

La grossesse a sur les téguments une influence si marquée que la pigmentation de l'aréole du sein s'observe chez toutes les femmes enceintes, que dans la grande majorité des cas, on constate aussi chez elles, le masque de la grossesse et la ligne brune de l'abdomen. Beaucoup de femmes se plaignent alors d'un prurit soit localisé, soit généralisé. On observe fréquemment dans les grands services d'accouchements des femmes qui présentent de l'acné, de l'eczéma, il n'est pas rare de voir ces affections s'aggraver sous l'influence de la grossesse. Les dermatoses graves sont cependant peu fréquentes chez les femmes enceintes, puisque dans un service d'accouchement où on examine plus de 5.000 femmes enceintes, il peut se passer plusieurs années sans qu'on ait l'occasion de voir un cas d'Impétigo herpétiforme d'Hebra ou un cas typique de Dermatite polymorphe récidivante de la grossesse ou Herpès gestationis.

Cette rareté est peut-être une des raisons pour lesquelles cette dernière affection en particulier est encore à l'étude, puisqu'on en ignore les causes et le traitement spécifique.

Jusqu'en 1884, les auteurs avaient été frappés successivement par l'aspect bulleux de l'éruption, puis ensuite par le groupement des vésicules, mais aucun n'avait encore vu

l'importance qu'il y avait à grouper les différentes manifestations de cette dermatose et d'en constituer un groupe homogène.

C'est à Duhring en Amérique (année 1884 et suivantes) à M. Brocq en France (année 1888 et suivantes), que revient l'honneur d'avoir admirablement étudié cette dermatose. Ils ont montré l'importance de tous les symptômes qu'elle présente et ont constitué un groupe de dermatoses des plus intéressants.

Il y a donc 3 périodes dans l'histoire de la Dermatose polymorphe récidivante de la grossesse.

1° *Période*, jusqu'en 1872. — Des observateurs ont relaté des éruptions, coïncidant avec la grossesse ; mais ils ne voient surtout qu'un élément de l'éruption : la bulle; aussi ils rattachent cette éruption aux Pemphigus qui comprennent alors une foule de dermatoses différentes.

En France, Brunel, dans une thèse sur le Pemphigus (1811) note l'apparition pendant la grossesse ou après l'accouchement d'un pemphigus prurigineux qui récidive aux grossesses qui suivent celle pendant laquelle est apparue l'éruption. Chez ces femmes, l'état général reste bon et la guérison est complète en dehors des poussées éruptives.

En 1852, Chaussit ayant remarqué le peu de durée habituelle de l'affection et le prurit aigu qui l'accompagne en fait un « Pemphigus aigu pruriginosus ». Ce nom est conservé par Hardy (1863), qui voit un nouveau caractère de l'éruption : sa tendance à devenir plus grave et à durer plus longtemps à chaque nouvelle grossesse. Dans son observation, il s'agit d'une femme de 35 ans, X pare, dont toutes les grossesses allaient à terme et dont les enfants étaient normaux.

2° *Période*, 1872 à 1884. — Les auteurs précédents ont vu tous les grands symptômes de l'affection, mais font de la bulle l'élément dominant de l'éruption et ne voient pas l'importance de l'érythème, des vésicules, des pustules. C'est en Angleterre, que les observateurs, tels que Wilson (1867) et Milton (1872), montrent l'importance de la vésicule et son apparition par groupes distincts sur des plaques érythémateuses. Par analogie avec l'herpès vrai, Wilson donne à cette dermatose le nom d'Herpès circinatus bullosus et Milton, celui d'Herpès gestationis. C'est ce dernier terme qui fut employé par les dermatologistes, et bien qu'il n'indique pas tous les caractères de l'éruption, il est encore le plus usité actuellement.

En Amérique et en Angleterre, les dermatologistes tels que L. Dunan Bulkley (1874), Liveing (1878), Wundham Cottle (1879)

dans des observations des plus intéressantes discutent les symptômes et cherchent les causes de cette dermatite, et croient à une origine nerveuse.

3° *Période*, depuis 1884. — Duhring a groupé sous le nom de Dermatites herpétiforme des dermatoses qui jusqu'alors avaient été considérées comme de nature différente. Ce sont surtout les affections bulleuses, les divers pemphigus, non spécifiques, et ayant une longue évolution, ainsi que les herpès circinés, bulleux, chroniques, que Duhring a groupés sous le nom de Dermatite herpétiforme. En 1884, Duhring rattache l'Herpès gestationis à sa Dermatite herpétiforme et indique que « *cette dermatite polymorphe représente la variété multiforme de la Dermatite herpetiforme* ».

Les idées de Duhring sont acceptées par les Dermatologistes français. M. Brocq qui a fait une étude aussi remarquable que celle de Duhring, sur ce nouveau groupe de dermatoses, considère que la Dermatite herpetiforme constitue une entité bien définie à la condition de ne pas y enfermer certaines affections telles que l'Impetigo herpetiforme d'Hebra qui ne répondent pas à tous les caractères distinctifs du groupe auquel M. Brocq donne le nom de « Dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives ». Il considère que le terme Dermatite herpétiforme est impropre, car il n'indique qu'un caractère inconstant du groupement des vésicules, en bouquets, en îlots sur une plaque rouge. En 1898, dans une étude des plus importantes, M. Brocq revient sur les caractères de cette dermatose et insiste sur l'importance, la valeur des quatre caractères cardinaux de la Dermatite polymorphe :

1° *L'éruption est polymorphe.* — L'erythème, les papules, les bulles, les pustules sont les éléments primitifs de l'éruption et se montrent toujours, bien qu'à des époques différentes de l'éruption et en quantité inégale. Comme éléments secondaires : les croûtes et les macules persistant quelque temps après l'éruption.

2° *Constance des phénomènes douloureux.* — Ce n'est pas seulement en un prurit violent que consistent ces phénomènes douloureux, il s'y joint aussi des sensations de chaleur, de picotement, de tension. Pour bien mettre cet ensemble en relief, M. Brocq a remplacé en 1898, le mot prurigineux par celui de douloureuse dans le nom Dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives.

3° *La dermatose évolue par poussées successives.* — Il y a des périodes d'accalmie entre les poussées aigües qui se succè-

dent chez le même malade. M. Brocq indique nettement que la forme aigüe fait exception : il peut y avoir une seule poussée éruptive suivie de guérison.

4° *Conservation d'un bon état général chez ces malades.* — Bien qu'il y ait souvent une éruption généralisée pendant quelques mois. C'est vraiment un des côtés curieux de ce groupe de dermatoses. Il y a de très rares exceptions à cette dernière règle et dans presque tous les cas où l'état général est mauvais on peut en trouver la cause indépendante de la dermatose.

C'est donc à la Dermatose polymorphe douloureuse chronique, à poussées successives, ainsi comprise que M. Brocq rattache l'Herpès gestationis, mais il lui donne le nom de *Dermatite polymorphe, prurigineuse, récidivante de la grossesse*, indiquant bien ainsi que par son évolution spéciale chez les femmes enceintes ou venant d'accoucher, elle constitue une variété de la Dermatose de Duhring-Brocq.

Tous les auteurs n'ont pas admis que l'Herpès gestationis soit assimilé au groupe des Dermatoses polymorphes. En Allemagne, Ittmann et Ledermann, différencient l'Herpès gestationis de la Dermatite polymorphe parce qu'ils pensent que l'Herpès gestationis diffère de celle-ci par une étiologie spéciale, une marche particulière et des phénomènes éruptifs différents.

M. le Professeur Fournier admet la ressemblance parfaite au point de vue éruptif, mais il maintient le groupe Herpès gestationis isolé de celui de la Dermatite polymorphe et ne veut pas faire « une entité morbide de deux maladies si dissemblables ».

D'un point de vue absolument opposé, les Dermatologistes lyonnais et le Dr Melot dans sa thèse (Lyon 1895) demandent la suppression du mot Herpès gestationis et disent que c'est une Dermatite herpétiforme pouvant survenir aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

De même, le Dr Perrin dans sa thèse (Paris 1895) abandonne l'Herpès gestationis et admet que c'est une « *Dermatose de Duhring au cours de la grossesse* ». Il y a cependant chez cet auteur une expression qui montre bien la nécessité de conserver l'Herpès gestationis, non comme titre, mais comme étant une des formes de la Dermatose de Duhring, puisqu'il conclut que l'Herpès gestationis représente une « *variété* » de la Dermatite herpétiforme.

Actuellement tous les observateurs considèrent l'Herpès gestationis comme faisant partie du groupe des Dermatites polymorphes. Les recherches faites par MM. Leredde et Perrin,

continuées par M. Leredde, sur l'éosinophilie sont des plus intéressantes; elles permettraient de caractériser encore plus sûrement les affections qui se rattachent au groupe important de la Dermatite polymorphe Duhring-Brocq.

Pour faciliter les recherches dans les différentes publications, il est nécessaire dans l'état actuel de la question, de connaître les synonymes désignant tous la même affection :

1852 à 1863 Chaussit, Hardy : Pemphigus aigu pruriginosus.
1867 Wilson : Herpès circinatus bullosus.
1872 Milton : Herpès gestationis.
1878 Liveing : Hydroa gestationis.
1879 Wydham Cottle : Erythema gestationis.
1884 Duhring : l'a réuni à sa Dermatite herpétiforme.
1888 Brocq : Dermatite polymorphe douloureuse récidivante de la grossesse.
1889 Unna : Hydroa : mitis, gravis, gravidarum.
1895 Pr Bar : Herpès gestationis.
1905 Pr Pinard : Dermatose gravidique auto-toxique.

M. le Professeur P. Bar dans son excellent traité « Pratique de l'art des Accouchements » a fait une étude remarquable de l'Herpès gestationis et a donné la liste des noms employés par les auteurs actuels pour désigner cette même affection. Dans les différents auteurs, on retrouve les expressions : Herpès gestationis, Dermatite herpétiforme ou maladie de Duhring, Dermatite polymorphe récidivante de la grossesse et, rarement, Hydroa gestationis et Erythema gestationis. En France, on n'emploie pas ces deux derniers. Bien que la liste des noms que l'on a donnés à l'affection qui fait l'objet de cette thèse soit vraiment longue, il faut l'accepter en pensant que les causes encore obscures de cette dermatose, son grand polymorphisme, l'inattendu de son évolution, ont été la cause de son manque de stabilité parmi les différents groupes de dermatoses. Et pour conclure, puisque c'est grâce à Duhring en Amérique, et à M. Brocq en France, que cette dermatose est bien connue, il est juste que les noms de Dermatose de Duhring ou de Dermatite polymorphe persistent dans les auteurs actuels français. Ce sont donc ces deux noms et celui d'Herpès gestationis qui sont employés au cours de cette thèse. (1)

(1) Voir Tableau Synoptique, pages 40-41.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

D'après le tableau des différentes observations publiées par les auteurs qui ont étudié des cas de Dermatite polymorphe de la grossesse, on peut voir que cette dermatose peut apparaître pour la première fois, soit chez une primipare soit, le plus souvent, chez une multipare. Dans la moitié des cas environ, elle se produit au cours de la grossesse, au 5e ou 6e mois, en moyenne: dans l'autre moitié des cas, quelques jours après l'accouchement.

Quand l'Herpès gestationis récidive, ce qui est la règle, c'est au cours d'une nouvelle grossesse, et pendant les premiers mois de cette grossesse, rarement avant le 2e mois, le plus souvent au 3e, 4e et 5e mois, très rarement dans les derniers mois de la grossesse ou après l'accouchement. Les quatre cas, observations 11, 14, 26, 33 du tableau général, où il y a récidive dans l'intervalle de deux grossesses, doivent être considérés comme exceptionnels à ce point de vue.

S'il y a une fausse couche, l'éruption se produit comme après l'accouchement, il y a une poussée aiguë et la guérison se produit peu de temps après.

On peut facilement constater d'après le tableau des observations, que la durée de la maladie peut être de quelques semaines à quelques mois, très rarement de plus d'une année. On peut donc considérer :

1° *Des cas aigus.* — Caractérisés par une éruption se généralisant en quelques jours et par une durée limitée à quelques semaines.

2° *Des cas subaigus.* — L'éruption se généralise lentement et dure quelques mois.

3° *Des cas chroniques.* — L'éruption a une tendance à devenir pustuleuse et dure plus d'une année après l'accouchement. Ces cas sont très rares.

Les cas aigus sont, en général, ceux qui surviennent après

un accouchement ou une fausse couche; ils sont caractérisés par une éruption polymorphe caractéristique et une évolution dépassant rarement un mois.

On peut considérer trois périodes dans l'évolution de cette attaque aiguë d'Herpès gestationis : une période prémonitoire, une période d'état, et une période de déclin.

1° *Période prémonitoire.* — Un signe constant qui précède l'éruption caractéristique de l'affection est le prurit. Un prurit d'abord local, qui indique le point où l'éruption va débuter. Ce n'est que lorsque celle-ci sera apparue que le prurit va se généraliser et persister avec l'éruption. Les malades éprouvent localement des sensations de chaleur, des picotements, des fourmillements, une sorte de tension; elles ne peuvent résister au besoin de frotter, de frictionner énergiquement la peau de la région où siègent ces sensations irritantes et prurigineuses. Les régions qui sont primitivement le siège du prurit sont très différentes : les segments de membres surtout peuvent être le siège du début de l'éruption: par ordre de fréquence, ce sont les bras, les avant-bras, les mains, les cuisses, les pieds. Il faut aussi signaler le début par la région abdominale, surtout péri-ombilicale (Pr Bar). Chez la malade que j'ai observée, c'est par la face interne de la cuisse droite que l'éruption a fait son apparition.

Au prurit se joint souvent une sensation de fatigue, un abattement, un manque d'appétit. On a fréquemment noté une fièvre passagère d'interprétation difficile.

Cette période prémonitoire est de courte durée. Un jour ou deux après l'apparition du prurit se produit l'éruption caractéristique.

2° *Période d'état.* — D'une façon presque absolue, c'est un groupe de plaques érythémateuses qui marquent le début des accidents éruptifs. Cependant, exceptionnellement, quelques bulles ou quelques vésicules apparaissent sans qu'il s'y joigne tout d'abord d'autres manifestations éruptives.

Ce qui frappe au premier abord dans l'érythème, c'est qu'il est constitué de plaques rouge vif, clair ou foncé, de dimensions très variables, séparées par des intervalles de peau saine. Depuis les vastes nappes érythémateuses qui couvrent tout une partie du dos, de l'abdomen ou des membres, jusqu'à la petite tache érythémateuse du même rouge vif dont la surface atteint à peine un ou deux centimètres carrés, il existe toutes les dimensions intermédiaires. Toutes ces plaques ont une forme indéfinie, mais avec une tendance à être circulaire. Leurs bords parfois irréguliers envoient des prolongements qui en se joignant à

ceux des plaques voisines marquent le début de leur confluence qui ne tarde pas à être complète car les plaques grandissent pendant tout le temps que dure l'éruption. Dans son ensemble, l'érythème obéit à une certaine symétrie. C'est ainsi que l'avant-bras droit et l'avant-bras gauche, par exemple, auront à peu près le même nombre de plaques érythémateuses, et elles auront une disposition et une situation symétrique dans les deux segments de membre.

La surface des grands placards érythémateux est plane; elle se continue insensiblement avec celle de la peau saine qui l'entoure. Au contraire, les petites plaques érythémateuses sont saillantes par rapport à la peau saine qui les sépare les unes des autres; il existe même pour quelques-unes un bourrelet périférique nettement appréciable à la vue et au toucher. Sur les membres et leurs extrémités il existe des papules, groupées irrégulièrement. L'aspect saillant des éléments érythémateux est encore accru par l'œdème sous-jacent survenu en même temps que l'éruption. La surface de l'érythème laisse parfois suinter de la sérosité, mais souvent elle est luisante, vernissée, sèche, chaude au toucher. La couleur des érythèmes varie avec l'éruption. Une même plaque pourra être rouge vif à la périférie, alors que le centre commence à perdre sa teinte vive, à se cuivrer. Mais avant ces changements de teinte qui indiquent l'évolution de l'éruption, il est apparu des éléments importants sur les plaques érythémateuses : ce sont d'abord les vésicules et les bulles.

Les vésicules sont constituées par de petits soulèvements de l'épiderme qui prend un aspect granuleux. Le volume des vésicules est très variable; il peut être si petit qu'une loupe est indispensable pour bien apprécier le contour et le nombre des vésicules. Le volume habituel est comparable à celui d'une tête d'épingle métallique ordinaire. On trouve les vésicules surtout sur la périférie des plaques érythémateuses, elles se groupent par petits amas isolés les uns des autres, en lignes courbes, en arceaux, d'où le nom d'Herpès gestationis. On peut trouver des vésicules sur la peau non érythémateuse, mais elles sont moins groupées, moins nombreuses. Si on ouvre ces vésicules, il s'écoule presque toujours un liquide citrin. Cependant quand l'éruption existe depuis quelques jours, on peut trouver des vésicules dont le contenu est un liquide trouble, même purulent ou qui contient du sang plus ou moins noirâtre.

Les bulles diffèrent des vésicules par leur plus gros volume. Depuis le volume d'une lentille, d'un pois, à celui d'une moitié

d'œuf de poule, on a toutes les dimensions. Les toutes petites bulles ne diffèrent pas des vésicules, et on peut dire qu'en général, c'est en augmentant de volume qu'une vésicule devient une bulle, souvent une grosse bulle, pouvant atteindre le volume d'une amande. Très souvent deux ou trois bulles deviennent confluentes et donnent ainsi une énorme bulle à contours policycliques rappelant sa formation; ainsi la forme trilobée d'une bulle indique qu'elle résulte de la fusion de trois bulles primitives. Quelquefois la sérosité soulève l'épiderme sur une grande étendue, on a une bulle ayant évolué sans passer par le stade vésicule. Lorsque les bulles sont volumineuses, elles sont peu nombreuses et on peut facilement les compter. Elles siègent de préférence sur les surfaces érythémateuses, elles prédominent sur les membres et les extrémités. Quelques bulles se forment sur la peau saine. Le contenu des bulles, au début de l'éruption, est un liquide clair, incolore. Quand elles se forment et s'accroissent, les bulles sont fortement tendues. Dès qu'il ne se produit plus de sérosité à leur intérieur, elles n'augmentent plus de volume. Le liquide tend à se résorber, à s'écouler au dehors et les bulles s'affaissent. Leur surface, devenue trop grande est plissée, ridée, l'épiderme, inutile, se flétrit et disparaît, soit en s'enlevant en un seul lambeau, soit en desquamment activement.

Au bout d'une dizaine de jours et même plus tôt, on peut observer que le contenu des vésicules et des bulles s'est troublé, il devient purulent, on a alors des éléments pustuleux. Les pustules peuvent se former primitivement, c'est-à-dire être purulentes dès leur apparition. Elles forment des masses saillantes, jaunâtres, elles ne tardent pas à s'ouvrir pour se vider du pus qu'elles contiennent: alors une croûte brune se forme et surmonte ces élevures pustuleuses.

Il est indispensable de mentionner la grande prédominance des érythèmes, des vésicules et des bulles dans les attaques aiguës d'Herpès gestationis. On constate selon les malades:

1° Une forme surtout érythémateuse et papuleuse;

2° Une forme où domine les vésicules.

3° Une forme où domine les bulles.

Ces deux dernières sont les plus fréquentes.

4° Une forme où les pustules dominent.

Elle est excessivement rare dans les attaques aiguës d'Herpès gestationis, et cet élément est surtout dominant dans les formes chroniques, récidivant sans cesse. Polymorphe avant tout, l'éruption comprend toujours : des érythèmes, des papules, des vésicules, des bulles, des pustules; la division en plusieurs for-

mes est simplement commode pour indiquer quel élément prédominait chez les malades étudiées : dans mon observation, l'éruption était surtout bulleuse.

3° *Période de déclin.* — La période de déclin commence lorsque l'éruption ne progresse plus. Comme celle-ci a pris successivement les différentes parties du corps par poussées successives il en résulte que l'éruption est loin d'avoir le même âge partout : ainsi on constatera un début de guérison sur le dos par exemple, alors que des bulles ou des pustules se forment encore aux pieds et aux mains. La teinte des éléments érythémateux se modifie, du rouge, elle passe aux tons cuivrés qui persistent encore quelques semaines à la place des érythèmes. La saillie des plaques érythémateuses et des papules diminue rapidement et bientôt il n'y a plus aucune élevure. La peau est loin d'être redevenue normale. Lorsque l'épiderme qui formait les vésicules et les bulles s'est enlevé, il a laissé à nu le derme qui se couvre de croûtes souvent épaisses. Les malades ne pouvant résister au prurit, il en résulte des lésions de grattage, des excoriations. Peu à peu les croûtes tombent, la peau se répare, se renouvelle en desquamant et redevient souple; ce sont les pigmentations qui disparaissent en dernier lieu. Il ne persiste aucune cicatrice, le derme n'ayant pas été intéressé profondément.

Dans quelques cas rares, au moment où la malade semblait guérir, il peut survenir une nouvelle poussée éruptive comparable à la première, mais avec une tendance à évoluer plus lentement. Ces cas appartiennent alors à la catégorie des cas subaigus.

Cas subaigus. — La Dermatite polymorphe de la grossesse qui a une évolution générale subaiguë, se produit surtout dans le cours de la grossesse, au 3e, 4e, 5e mois et même plus tard. C'est une récidive de la dermatite qui avait fait son apparition pendant une grossesse précédente. Dans ces cas subaigus, l'éruption se généralise plus lentement; elle peut passer successivement par la forme érythématheuse, rester ainsi pendant quelques semaines, puis les formes vésiculeuses, bulleuses se montrent progressivement. Une petite poussée aiguë peut même se produire au milieu d'une évolution subaiguë. Pendant quelques mois la malade peut être ainsi tourmentée par le prurit et l'éruption, mais l'état général reste bon. L'éruption peut disparaître pendant les derniers mois de la grossesse, mais elle se montre toujours de nouveau quelques jours après l'accouchement; elle affecte alors une marche aiguë, et de 3 semaines à 3 mois après, la malade est guérie.

Cas chroniques. — On compte les cas où l'affection est devenue chronique, c'est-à-dire dure plus d'une année après l'accouchement. Les pustules sont plus nombreuses que dans les cas habituels, des poussées éruptives se reproduisent pour la moindre cause : écart de régime, émotions. Il peut même se faire que la malade ne guérisse jamais absolument.

Études microscopiques, bactériologiques et histologiques des lésions éruptées.

Le liquide des vésicules et des bulles a été étudié et les résultats sont très intéressants. Ce liquide était alcalin et très fibrineux chez la malade de mon observation. Au microscope, on voyait de rares éléments, des cellules épithéliales, des granulations graisseuses et des leucocytes : il y avait 2 espèces de leucocytes : la moitié formée de polynucléaires éosinophiles, l'autre moitié de lymphocytes. MM. Leredde et Perrin ont fait d'importantes recherches histologiques sur la dermatose de Duhring, ils ont été les premiers à constater des eosinophiles en quantité notable dans le derme du voisinage des vésicules et des bulles ainsi que dans le liquide de ces éléments. Il y a une forte éosinophilie sanguine. 10 à 15 éosinopihles pour 100 globules blancs. Cette éosinophilie disparaît avec la guérison de l'éruption.

Le liquide des bulles ensemencé sur gélose ne donne que des résultats négatifs ou des cultures de staphylocoques. Ces recherches ont été faites par M. le Professeur P. Bar.

CHAPITRE III

Place de la Dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse ou Herpès gestationis parmi les dermatoses.

ÉTHIOLOGIE — PATHOGÉNIE

« L'assimilation de l'Herpès gestationis avec les dermatites polymorphes douloureuses est actuellement universellement adopté. » L. Brocq.

« Au point de vue symptômatologique, l'Herpès gestationis n'est que la Dermatite de Duhring, comme troubles subjectifs, comme physionomie générale, comme éruption. » Fournier.

Dans des thèses très documentées, le Dr Melot (Lyon 1895) et le Dr Perrin (Paris 1895) ont montré que l'Herpès gestationis n'est autre que la Dermatite herpétiforme ou Dermatose de Duhring survenant pendant la grossesse. Le Dr Perrin conclut que l'Herpès gestationis « représente une variété de la Dermatite herpétiforme de Duhring ». C'est sur la nécessité de maintenir cette subdivision qu'il semble nécessaire d'insister. Quand bien même on cite quelques cas où l'Herpès gestationis a récidivé dans l'intervalle des grossesses (Dr Melot, 1895) le fait que cette dermatose survient pendant la gestation oblige tous les auteurs à en faire une Dermatose de Duhring spéciale, tous les auteurs qui la décrivent dans leurs ouvrages, lui réservent une place à part, une subdivision immédiatement à côté de la Dermatose de Duhring et avec raison; mais le fait de faire ainsi un groupe, peu importe le nom donné à ce groupe du reste, qu'on le nomme une variété, une forme spéciale ou particulière de la maladie de Duhring, indique bien que si tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'au point de vue de l'aspect des lésions, la description que l'on fait de l'éruption caractéristique de la Dermatite polymorphe chronique, s'applique absolument à l'éruption qui survient dans la Dermatite polymorphe des femmes enceintes ou venant d'accoucher. Tous les auteurs sont également d'accord pour en faire une variété de la Dermatite

polymorphe Duhring-Brocq, puisqu'ils lui réservent dans leurs ouvrages un titre spécial et une description, sommaire ou étendue, selon qu'ils sont plus ou moins partisans de l'identité complète des deux affections.

Chez la femme enceinte ou venant d'accoucher, l'affection, absolument semblable à la Dermatite polymorphe chronique au point de vue éruption, est particulière au point de vue de l'évolution.

1° *Caractère distinctif.* — Si l'éruption se montre pour la première fois au cours de la grossesse, on est certain que, bien qu'elle disparaisse quelquefois avant l'accouchement, il y aura quelques jours après la délivrance une attaque en quelque sorte aiguë, des poussées successives subintrantes, envahissant, souvent en 24 ou 48 heures, tout le corps de la malade, puis que tout s'apaisera et que la malade sera parfaitement guérie jusqu'à ce qu'elle redevienne enceinte. Que lors des récidives, les poussées éruptives seront plus longues, plus intenses.

Au contraire, dans la Dermatite polymorphe chronique, rien ne permet de prévoir les poussées aiguës. L'affection n'est ni limitée à une période déterminée comparable à celle si nette de la grossesse, ni influencée par une cause si appréciable que l'est un accouchement et une délivrance.

2° *Caractère distinctif.* — Règle très générale, la Dermatite polymorphe de la grossesse, est caractérisée par une durée relativement courte, même en considérant l'ensemble des poussées successives qui se produisent pendant une grossesse, on voit qu'en moyenne trois mois après l'accouchement, la malade est guérie. Cette dermatite a une tendance à guérir seule en moins de quelques mois après la délivrance et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle est grave ou a une tendance à récidiver dans l'intervalle des grossesses. Ces cas forment des intermédiaires entre l'Herpès gestationis et la Dermatose polymorphe chronique. Cette dernière a une tendance à devenir permanente. Il existe des observations où l'affection a une courte durée, mais elles sont rares; celles où l'affection a persisté de longues années sont assez nombreuses.

M. L. Brocq indique nettement ce caractère différentiel en remplaçant le mot « chronique » de la Dermatite polymorphe douloureuse, chronique, par celui de « *récidivante de la grossesse* » dans la Dermatite polymorphe douloureuse récidivante de la grossesse.

M. Fournier dit aussi que c'est alors la « Dermatite de Duhring limitée à la durée de la grossesse et de l'état puerpéral ».

Les auteurs allemands : Ittemann et Ledermann, vont encore plus loin et affirment que la grossesse est la cause déterminante de l'Herpès gestationis.

En réalité, il semble tout à fait probable que la Dermatose de Duhring, variété de la grossesse, a les mêmes origines que les autres variétés de la Dermatose de Duhring. Ces causes ne sont pas encore parfaitement démontrées, et trois groupes différents de fait sont invoqués comme pouvant déterminer la Dermatose de Duhring-Brocq.

1° Des causes d'origine nerveuse ;

2° Des causes d'origine toxique.

3° Des causes à la fois toxiques et nerveuses.

Les antécédents des malades ne permettent pas de constater une prédisposition spéciale. Les malades sont en général à l'âge moyen de la vie, puisque c'est le moment où l'état de grossesse existe le plus souvent. D'après le tableau des observations parues dans les auteurs, il est assez curieux de voir que les deux plus jeunes malades, ont l'une 20 ans, l'autre 22 ans, et cependant combien, dans les classes pauvres des villes où la Dermatose polymorphe semble exister de préférence, ne constate-t-on pas de très jeunes femmes enceintes entre 17 et 22 ans ? C'est de 30 à 35 ans que l'Herpès gestationis apparaît le plus souvent. La malade la plus âgée avait 45 ans. Cette apparition chez des primipares ou des multipares ayant dépassé l'âge moyen de la période de fécondité, indiquerait peut-être une moindre résistance de l'organisme, une tare qui serait apparue, soit du côté du foie ou des reins, ou même des nerfs, chez les malades atteintes de Dermatite polymorphe de la grossesse.

On a relevé dans les antécédents de certaines malades du lympathisme, de l'arthritisme, de l'alcoolisme, des rares cas de syphilis. La malade que j'ai observée avait eu à l'âge de 17 ans, une attaque de rhumatisme subaigu surtout localisé aux articulations des membres inférieurs et ayant duré 8 mois. De plus, 5 mois avant l'attaque d'Herpès gestationis, elle avait eu une angine herpétique ayant duré 8 jours.

Chez un très grand nombre de femmes ayant eu des atteintes de Dermatite polymorphe pendant la grossesse, on a constaté un caractère irritable. Ces malades ont des accès de tristesse, des crises de larmes, des accès de colère sans raisons notables. Chez ces malades une poussée éruptive coïncide souvent avec une émotion violente. Les grands chagrins, les frayeurs sont signalés comme causes provocatrices des Dermatoses polymorphes. Un point important à signaler, c'est que la plupart

de ces malades sont des surmenées et appartiennent à la classe pauvre de la société. Dans ce milieu, les privations de toutes sortes et les fautes continuelles contre l'hygiène font de ces malheureuses les victimes de dermatoses très pénibles, rares dans les classes aisées.

La constatation d'un état nerveux spécial chez un grand nombre de femmes enceintes et la constatation de chagrins, d'émotions, chez celles qui sont atteintes d'Herpès gestationis, ont fait penser à beaucoup d'auteurs qu'un certain ébranlement nerveux n'était pas étranger dans l'apparition de cette dermatose.

L'existence d'un violent prurit, devançant l'éruption, persistant avec elle, un prurit intense est aussi un deuxième argument pour les partisans du rôle du système nerveux dans l'évolution de la Dermatite polymorphe. M. Sauvage, dans un article intitulé « *Dermatoses gravidiques auto-toxiques* conclut : l'Herpès gestiationis et le prurit de la grossesse ne sont que des manifestations différentes d'une même imprégnation du système nerveux par des toxines anormalement fabriquées au cours de la grossesse.

Un caractère objectif de l'éruption est des plus intéressant : c'est la symétrie frappante des groupes éruptifs et même la symétrie des grosses bulles. A ce point de vue, la malade que j'ai observée, avait une éruption typique : dans la description des lésions éruptives du corps, et en voyant la photographie des mains de cette malade, on se rend compte de cette symétrie. On pense immédiatement au rôle que les nerfs peuvent jouer dans cette dermatose. M. le Professeur Brissaud a fait à ce sujet une leçon clinique où se trouve une discussion des plus intéressantes. Des auteurs ont signalé des lésions des nerfs et du système nerveux; l'analogie est frappante avec les éruptions bulleuses qui se montrent dans certaines affections du système nerveux. Ainsi on a cité la coexistence d'un mal de Pott et d'une Dermatose polymorphe chronique. J'ai vu une paralytique générale présenter quelques jours avant sa mort, sur la partie latérale du thorax et à gauche, une éruption de 8 ou 10 bulles grosses comme des noisettes et reposant sur une base érythémateuse ; l'ensemble avait l'aspect d'une brûlure au 2e degré.

En résumé, les partisans de la théorie nerveuse sont frappés : 1° par l'état nerveux des malades atteintes de Dermatite polymorphe, la coexistance fréquente chez ces malades, de chagrins, d'émotions violentes et d'une poussée aiguë de Dermatite

polymorphe ; 2° par l'intensité très grande du prurit qui tourmente les malades; 3° la symétrie frappante des lésions; 4° l'existence souvent constatée d'altérations des nerfs ou du système nerveux central.

Les partisans d'une auto-intoxication de l'organisme, s'appuient surtout sur les études faites sur l'urine des malades atteintes d'Herpès gestationis.

1° Pendant l'éruption, on constate que les urines sont en général, diminuées de volume, bien qu'on ait signalé en même temps des crises de polyurie survenant irrégulièrement. Les urines sont foncées, de réaction légèrement acide. Les principaux éléments de l'urine sont diminués comme quantité : en moyenne, 9 à 15 gr. d'urée, 6 à 12 gr. d'azote total, 1 gr. 5 de phosphates, 8 à 12 de chlorures. Seul l'acide urique est augmenté, 0,9 en moyenne. D'après les recherches de Tenneson, de Perrin et Cathelineau.

Il n'y a que très rarement de l'albumine. A la fin de l'éruption, au moment de la guérison, il y a des modifications très intéressantes à noter dans les urines des malades atteints de Dermatite polymorphe. Il se produit une polyurie notable, comme dans le cas de M. le Professeur Bar où la malade urine en moyenne 3 litres par jour. Il y a un relèvement très notable du taux de l'urée : 17 gr. d'urée par litre au lieu de 11 gr. par litre, pendant la période éruptive.

2° La toxicité urinaire a été déterminée par l'injection d'urine filtrée dans la veine de l'oreille du lapin. Les résultats des expériences faites par le Dr Perrin (Paris 1895) montrent que pendant l'attaque d'Herpès gestationis, les urines sont hypotoxiques. Elles ne retrouvent leur toxicité normale que pendant la convalescence des malades. Pendant l'éruption, il fallait en moyenne 150 cmc d'urine par kg. d'animal pour déterminer la mort du lapin; à la fin de l'éruption 50 cmc d'urine en moyenne suffisaient par kg. d'animal pour déterminer la mort du lapin. Le Dr Perrin a également constaté la toxicité du liquide des bulles en l'injectant à des souris.

3° On a signalé des cas où l'ingestion de certains aliments a pu provoquer une éruption polymorphe. Certains médicaments sont aussi dans ce cas. MM. Danlos et Leredde ont publié en 1898 une observation de Dermatite polymorphe aiguë déterminée par l'iodure de potassium.

C'est en s'appuyant sur ces trois groupes de faits que la plupart des auteurs pensent que des toxines non complètement éliminées par l'urine produiraient une auto-intoxication de

l'organisme. Secondairement le système nerveux serait influencé, il en résulterait des phénomènes réflexes ayant comme conséquence l'éruption polymorphe de la Dermatose de Duhring-Brocq.

Cette affection ne semble pas microbienne. On n'a pu déterminer jusqu'à présent, aucun microbe spécial autre que les microbes vulgaires de l'infection de la peau, c'est-à-dire surtout des staphylocoques. Cette dermatose ne paraît pas contagieuse. Les essais d'inoculation en injectant sous la peau des malades le liquide des bulles qu'ils présentent sur le corps n'ont pas donné de résultats positifs. (Pr Bar.) L'évolution sans fièvre, sans périodes bien limitées, n'est pas en faveur de l'origine microbienne.

M. Leredde qui a fait de très intéressantes recherches sur l'anatomie pathologique des Dermatites polymorphes pense que les toxines produites dans l'organisme auraient une action nuisible sur la moelle osseuse, il en résulterait une véritable maladie du sang, et l'éruption se produirait sans qu'il existe d'altérations nerveuses.

Ces nombreuses théories pathogéniques prouvent qu'on cherche activement les causes qui peuvent produire des Dermatites polymorphes de Duhring et Brocq, mais que la preuve n'est faite pour aucune d'elles.

L'opinion qui semble dominer actuellement est qu'il y a plusieurs causes : « L'Herpès gestationis est considéré comme un type de toxidermie et on regarde les troubles nerveux comme secondaires à l'intoxication. » M. L. Brocq. C'est aussi l'opinion de M. le Pr Bar.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Chez une femme enceinte ou venant d'accoucher, une éruption typique ne laisse pas de doute. Le prurit intense, l'absence de fièvre, la conservation d'un bon état général, l'apparition de quelques-uns des éléments caractéristiques, de l'éruption polymorphe : érythème, vésicules et bulles, disposés symétriquement, l'éosinophilie constatée dans le liquide des vésicules et des bulles ainsi que dans le sang. Quand ces caractères sont réunis, il n'est pas possible de conserver des doutes. Même si c'est pour la première fois que la femme est atteinte de cette affection, une primipare par exemple, si l'éruption se présente avec tous les caractères indiqués plus haut, on peut assurer qu'on est en présence d'une Dermatite polymorphe de la grossesse, d'un Herpès gestationis. Chez la malade que j'ai observée, l'éruption était si typique que bien qu'elle n'ait eu aucune autre atteinte avant que je l'aie examinée, et qu'une récidive n'ait pas mis sur la trace du diagnostic, celui-ci s'imposait : un prurit incessant et violent tourmentait la malade, cependant l'état général était excellent et il n'y avait pas de fièvre, l'éruption généralisée par poussées successives rapides était des plus polymorphes : de vastes plaques érythémateuses surmontées d'un nombre considérable de vésicules et d'énormes bulles ainsi qu'on peut le voir d'après la photographie des mains de la malade. Il y avait de plus une forte éosinophilie du sang et du liquide des bulles.

Il est certain que si en même temps que ces différents caractères il y a récidive de la Dermatite polymorphe et cela pendant une nouvelle grossesse, le diagnostic est encore rendu plus facile.

Le groupement de tous ces caractères a une importance considérable, car plusieurs appartiennent à des affections avec lesquelles on a longtemps confondu la Dermatite polymorphe de la grossesse. Les premiers observateurs avaient été frappés par l'aspect bulleux prédominant en général que prend la mala-

die de Duhring-Brocq survenant pendant la gestation et tous les anciens auteurs n'avaient vu dans cette dermatose que du « *Pemphigus pruriginosus* ».

On peut toujours distinguer la Dermatite polymorphe des différentes affections pemphigoïdes.

Dans le *Pemphigus vrai*, il y a un exanthème et des bulles, mais il y a des caractères différentiels importants. Le prurit est léger, l'état général grave, une forte fièvre, de la perte d'appétit, un épuisement de la malade tel que la mort en est l'aboutissant habituel.. Que ce pemphigus soit aigu ou chronique, la fièvre et l'état général grave sont trop manifestes pour qu'on hésite dans le diagnostic. Et ces affections sont très peu prurigineuses, ce qui est le contraire dans les Dermatites polymorphes.

Dans le *pemphigus végétant*, il y a localisation primitive des bulles sur les muqueuses buccales, nasales. Ensuite les extrémités sont affectées particulièrement, les bulles à contenu louche, s'excorient, s'ulcèrent et font par ce fait même souffrir beaucoup le malade qui en est affecté. C'est alors que se produisent sur ces ulcérations des sortes de végétations saillantes, papillomateuses, qui ont donné leur nom à ce pemphigus. L'état général est très touché, le malade ne tarde pas à tomber dans une cachexie aboutissant à la mort.

Dans le *pemphigus foliacé*, c'est aussi l'évolution particulière de la bulle qui a fait donner un nom particulier à ce pemphigus. La bulle est constamment flasque, ridée, aplatie au lieu d'être d'abord tendue et bombée comme dans la Dermatite polymorphe. L'épiderme se détache sous forme de lambaux, de lamelles, en quantité prodigieuse et continuelle. La mort est la terminaison habituelle.

Quand on a constaté des plaques érythémateuses surmontées de vésicules très petites on pourrait croire à un eczéma, mais dans celui-ci il y a un suintement notable, le prurit est léger, comparé à celui de la Dermatite polymorphe; de plus dans l'eczéma, le derme est intéressé par les lésions, dans la Dermatite polymorphe, l'épiderme seul est atteint et il y a éosinophilie dans le sang et dans le liquide des vésicules, dans cette dernière affection. La prédominance des pustules dans la Dermatite polymorphe est si exceptionnelle qu'elle n'a jamais été observée en France. Si on la rencontrait, il faudrait la distinguer de l'*Impétigo herpétiforme d'Hébra* qui a été constaté chez les femmes enceintes et pendant les suites de couches. Dans cet Impétigo herpétiforme, il existe une éruption très peu

prurigineuse, formée de pustules miliaires groupées en amas et s'étendant excentriquement pendant que le centre de cette surface malade se couvre d'une croûte brune. Les muqueuses sont en général envahies par cette éruption pustuleuse. L'état général est très grave, il y a une fièvre élevée, de la prostration, de l'albumine dans les urines. Il y a avortement si l'éruption se produit pendant la grossesse et les cas de mort sont fréquents.

L'*Erythème polymorphe* diffère de la Dermatite polymorphe par une non symétrie de l'éruption, les muqueuses sont en général envahies par l'éruption de l'Erythème polymorphe. Il y a albuminurie pendant l'éruption.

CHAPITRE V

PRONOSTIC — TRAITEMENT

La Dermatite polymorphe de la grossesse ne met pas les jours de la malade en danger; bien que dans le cas du Dr Coignet de Lyon, la malade soit morte quelques jours après l'accouchement, le mauvais état général et l'infection puerpérale ne semblent pas étrangers à cette issue fatale. Pour peu que l'éruption soit étendue, elle constitue une véritable infirmité passagère. Cependant l'état général reste bon. Il n'y a qu'une fièvre passagère au début de l'affection. Les grandes fonctions respiration, circulation, digestion, excrétion urinaire sont peu troublées. Les malades s'effrayent cependant beaucoup de cette affection qui leur paraît extrêmement singulière, surtout si les bulles sont confluentes au point de couvrir entièrement certaines parties du corps : les mains, les pieds, la figure. Alors l'impossibilité de se servir des mains, l'aspect hideux de la physionomie et l'aspect général de la malade ajoutent un tourment à celui que provoque un prurit intense, incessant, empêchant même le sommeil pendant les poussées aigues de l'éruption.

La partie sombre du pronostic est que l'on ne peut jamais dire si l'affection sera de longue durée. Cependant il semble que chez les femmes enceintes ou venant d'accoucher l'affection a, dans la majorité des cas, une tendance à ne pas durer plus de quelques semaines. Il y a pour l'avenir des réserves à faire : la récidive qui survient aux grossesses suivantes, l'intensité plus grande des phénomènes éruptifs, et la tendance a persister plus longtemps qu'aux premières attaques, constituent la partie sombre du pronostic.

Pour l'enfant, le pronostic est des plus variable. Souvent la grossesse suit son cours normal et l'enfant vient au monde bien constitué. Parfois il y a accouchement avant terme, l'enfant est alors chétif, il se développe mal et meurt, au bout de peu de temps. On n'a même un assez grand nombre d'obser-

vations où la grossesse a été interrompue aux premiers mois de la gestation et le fœtus a été expulsé macéré. Dans ce cas, la gravité du pronostic n'est pas, comme la virulence de l'éruption, toujours en rapport direct avec le grand nombre d'atteintes, et dans plusieurs cas, c'est à la première grossesse qu'il y a une fausse couche et un fœtus macéré.

En résumé, le pronostic reste relativement bon pour la mère; même si la maladie persiste de longs mois, elle ne laisse aucun trouble des fonctions et des organes, et les malades oublient leurs souffrances et leur infirmité passagère.

Mais pour l'enfant le pronostic doit être réservé, puisqu'il a été fatal dans un grand nombre de cas.

TRAITEMENT

De même que la cause, le traitement spécifique de l'Herpès gestationis est encore inconnu.

Chaque auteur a essayé un traitement personnel et semble avoir obtenu quelques résultats. Ceux qui croient à une origine nerveuse plutôt que toxique, instituent un traitement général tonique, reconstituant. Ceux qui pensent que l'intoxication de l'organisme est en jeu, prescrivent un régime ayant pour but de combattre les fermentations intestinales et activant la diurèse tel le régime lacté, sans y joindre aucune médication interne.

En général, on prescrit le repos au lit. Celui-ci a de nombreux avantages. Non seulement il est indispensable chez les malades où l'éruption est généralisée, car il leur est souvent impossible de marcher ou même de se vêtir, mais encore, il permet à ces malades, qui sont des surmenées physiquement et moralement, de se reposer, de mieux supporter la fatigue que détermine toujours une éruption pour peu qu'elle soit étendue.

Il faut instituer un régime excluant toutes les substances de digestion pénible : les conserves, la charcuterie, les fromages faits, le poisson, et tous les excitants comme les alcools, les liqueurs, le vin, le thé, le café. Dans les dermatoses un peu étendues, le régime végétarien est très indiqué. Si l'éruption est généralisée, il n'y a pas d'hésitation à avoir pour instituer le régime lacté absolu. C'est le seul moyen d'empêcher que les putréfactions intestinales joignent leurs effets nuisibles à ceux de la résorption des toxines secretées par les microbes qui s'emparent des éléments de l'éruption malgré les plus grands soins que l'on prend de la peau dans des cas aussi généralisés.

Cette question du traitement externe de l'éruption a une

très grande importance et bien qu'on soit certain de ne pas pouvoir la guérir de cette façon, il faut de toute rigueur préserver le plus possible la peau de la malade contre l'invasion microbienne. A ce point de vue, l'analogie est frappante avec les brûlures étendues du deuxième degré. Cette peau rouge, surmontée de bulles parfois énormes fait penser aux enveloppements qui ont une si bonne influence dans les brûlures. Si le suintement n'existe pas à la surface de la peau, un enveloppement composé de compresses aseptiques de gaz, non humides, posées au contact de l'éruption et recouvertes d'une couche d'ouate, réalise un traitement externe suffisant. Il est inutile d'employer des pommades phéniquées, naphtolées, qui ne peuvent qu'irriter la peau déjà si fragile au niveau des plaques érythémateuses, d'autant plus que les malades ne peuvent souvent les supporter. Il semble que les substances antiprurigineuses, les plus fortes ne calment pas le prurit. Dans les cas où les bulles, par leur tension, provoquent des douleurs insupportables, on peut, comme M. Brocq le recommande, faire écouler la sérosité qu'elles contiennent en les ouvrant aseptiquement. Il faut éviter d'employer les poudres, même inertes, talc, amidon, qui obturent les pores de la peau, dont les fonctions sont déjà bien compromises.

Certains auteurs préconisent les traitements reconstituants les plus énergiques. L'arséniate de soude a été administré à la dose de 5 centigrammes par jour en injections hypodermiques ; le fer, la belladonne, la quinine, l'antipyrine, ont été employés dans divers cas. Une grande prudence est indiquée dans leur emploi, car, pour peu qu'une malade présente une susceptibilité particulière, il pourrait en résulter un accroissement considérable de l'éruption ; c'est ainsi que l'iodure de potassium a toujours paru exagérer encore les phénomènes éruptifs .

L'indication la plus importante est de mettre la malade à l'abri des mauvaises conditions d'hygiène et d'alimentation, l'avantage d'un air pur, d'une alimentation simple mais saine, contribuera à maintenir chez ces malades un équilibre nerveux assurant une guérison rapide.

Cas du Docteur MÉLOT

(Thèse de Lyon, 1895)

Femme âgée de 26 ans, tisseuse.

Père mort d'une affection cutanée, la mère morte à la suite de couches. Deux frères morts en bas âge, deux autres sont vivants, l'un âgé de 37 ans a été soigné pour un eczéma ; l'autre ne présente aucune affection cutanée.

Un seul antécédent personnel est important. Vers l'âge de cinq ans, la malade aurait suivi à l'hôpital, un traitement pendant 15 ou 18 mois, pour une dermatose qu'elle ne peut caractériser. La malade est nerveuse et très impressionnable.

Premier séjour à l'hôpital (21 mars 1891-13 janv. 1892). A son entrée elle était enceinte de quatre mois. L'affection a débuté au 2e mois de la grossesse par une éruption de plaques rouges sur les épaules et le cou, accompagnées d'une sensation de chaleur. A son admission, les taches rouges sont bien délimitées, peu nombreuses sur la partie supérieure de la poitrine, les épaules, la face antéro interne des cuisses. Bientôt les plaques érythémateuses se généralisent et sept jours après son entrée se produit une poussée de vésico-pustules qui occupent particulièrement la partie postéro-externe des bras et la face antéro-interne des cuisses. Au bout d'un ou deux jours, les vésicules sèchent ou se réunissent pour former des bulles qui atteignent parfois les dimensions d'une pièce de cinq francs. Quand elles s'ouvrent, il s'échappe un liquide séro-purulent, laissant à nu une surface rouge vif qui se recouvre de squames jaunâtres peu abondantes. Jusqu'au 16 avril l'éruption augmente et se généralise, la face et le cuir chevelu ne sont pas épargnés. L'alopécie est preque complète. Durant ces 20 jours on constate une température élevée, 38°5, 39, 39°5. La malade est tourmentée par un prurit insupportable. Les médications employées sont restées sans effet appréciable. Puis une amélioration se produit.

Le 26 juillet, accouchement normal d'un garçon chétif qui meurt vers la fin de septembre sans présenter de lésions éruptives.

L'accouchement est suivi d'une nouvelle éruption qui se généralise en douze heures. De vastes phlyctènes apparaissent. Le 2 août, l'éruption décroît et la malade sort guérie le 13 janvier 1892.

Deuxième séjour (17 juin — 20 sept. 1892). — Il est à remarquer que la malade n'est pas enceinte. L'éruption se produit comme au premier séjour, mais avec moins d'intensité et la guérison se produit.

Troisième séjour (20 décembre 1893, 11 oct. 1894). — La malade est enceinte de cinq mois, son état de faiblesse est très marqué. L'éruption se produit toujours avec le même aspect, et on constate qu'elle est nettement symétrique. On fait prendre à la malade de l'antipyrine et de l'arsenic. On couvre les lésions de vaseline

stérilisée. Une légère amélioration se produit. Puis le 27 février, il se produit une éruption érythémato-papulo-vésiculeuse dans la région dorsale. C'est le septième mois de la grossesse. En mars, il y a amélioration. L'examen des urines et du sang ne révèle rien d'anormal. Dans le liquide des bulles et des pustules on trouve des staphylocoques.

L'amélioration continue et le 17 avril, la malade accouche d'un garçon qui pèse 3 kgs. Il meurt le 13 mai, cachectique, avec une éruption polymorphe sans caractères nets et ne pouvant être rattachée héréditairement à la mère.

Deux jours après l'accouchement, on constate une poussée éruptive intense et généralisée. Aux jambes, on remarque des pustules innombrables et d'énormes phlyctènes remplies de pus. La malade est très impressionnable et la mort de son enfant provoque une nouvelle poussée généralisée de peu de durée. L'état s'améliore, il reste encore des traces de l'éruption, la malade quitte l'hôpital le 11 oct. 1894

Cas du Docteur PERRIN

(Thèse de Paris, 1895)

Maria D.... 35 ans. Pas d'antécédents héréditaires remarquables. La malade a eu la rougeole à 8 ans et présente un caractère très impressionnable.

La première éruption est apparue après l'accouchement à sa 7e grossesse ; localisée aux membres inférieurs et accompagnée de prurit, elle a été très bénigne et 15 jours après, la guérison était complète.

Vers le 7e mois de la 8e grossesse, un prurit violent précède un érythème localisé au bas ventre ; et après l'accouchement l'éruption se généralise en quelques heures. Cette éruption est surtout érythémateuse ; le prurit est intense. Il n'y a pas de suintement ni de desquamation. Au bout de 2 mois la malade est complètement guérie. Durant les trois années qui suivirent cette éruption, quelques démangeaisons se font sentir et des plaques rouges apparaissent lorsque la malade éprouve des colères violentes.

Au 5e mois de la 9e grossesse, sans symptômes généraux autres que de violentes démangeaisons, l'éruption débute au niveau du bras gauche, et en huit jours, des papules et des plaques érythémateuses envahissent la surface du corps, respectant la face, le cuir chevelu, les mains et les pieds. On remarque que l'éruption est symétrique mais ne suit pas les zones de distribution des nerfs. L'élément jeune est une papule qui apparait aux points où la malade se gratte. Des vésicules se développent sur ces papules, mais elles sont plus nombreuses sur les bords. Les plaques érythémateuses sont séparées par des intervalles de peau saine. Quand les lésions tendent à guérir, le prurit disparaît au centre des plaques et se localise sur leurs bords où les excoriations et les croutelles sont plus abondantes.

La malade est devenue très émotive, elle dort peu ; l'état général reste bon. La sensibilité cutanée n'est pas modifiée. On

met la malade au régime ordinaire. A l'intérieur, 8 gouttes de liqueur de Fowler. Deux fois par jour, onctions sur les parties malades de glycérolé d'amidon, un bain d'amidon le matin ; enveloppement des membres. Une amélioration considérable se produit et la malade qui était entrée à l'hôpital depuis 15 jours, en sort le 19 décembre.

Le 28 décembre, elle se présente de nouveau en pleine récidive. L'éruption a les mêmes caractères que l'attaque initiale. Durant le mois de janvier, on épuise sans résultats tous les pansements locaux. En février, le prurit s'exagère au point qu'on donne la morphine en injections de 1 centigramme, mais sans résultats.

Le 2 mars, on n'entend plus les battements du cœur de l'enfant. Durant cette période l'éruption est plus intense. On enveloppe le corps avec des compresses de tarlatane imprégnées d'eau boriquée. Régime lacté mixte.

Le 8 mars, accouchement d'un garçon, pesant 3.100 gr., macéré. Délivrance naturelle 20 minutes après.

L'examen général de la malade se résume alors en un erythème ortié généralisé, où les bulles ne sont que des éléments exceptionnels. Des vésico-pustules apparaissent au niveau des cuisses. Des bulles existent au niveau de la face : au menton et sur les joues. Les plus grosses bulles siègent sur les bras.

Le 20 mars, l'éruption regresse. Les nappes érythémateuses ont une teinte brunâtre plus accentuée sur les bords qu'au centre. Quelques croûtes marquent le siège des bulles qui se sont vidées de leur contenu. Le 10 avril, il ne persiste plus que de vastes nappes pigmentées, dont les contours sont très accusés, et qui dominent sur le ventre et la face antérieure du thorax.

La courbe de température a toujours été normale. La malade quitte l'hopital.

Cas de MM. BAR et TISSIER

(*Dermatite polymorphe prurigineuse récidivante chez les femmes enceintes et récemment accouchées. — Société obstétricale et gyn. Paris 1895.*)

Femme âgée de 28 ans. Entre à la Maternité de Saint-Louis en janvier 1894, enceinte de 8 mois et demi et en pleine éruption : il existe des bulles et un violent prurit.

A sa 5e grossesse, après l'accouchement, la malade a une poussée éruptive ; il n'y a pas de vésicules ni de bulles.

A la 6e grossesse, au 4e mois, la malade a de la fièvre ; du prurit existe à la face antérieure de l'avant-bras gauche, c'est là qu'apparaissent des bulles. Elle entre dans le service de M. le Dr Fournier ; il se produit une poussée éruptive tous les 15 jours ; il y a un peu de fièvre, et des malaises. Les mains, les pieds, le visage sont respectés. L'enfant est né à terme, bien constitué. Deux jours après l'accouchement, des bulles apparaissent, le prurit annonce leur apparition. Il y en a de tous les âges, l'éruption est

très polymorphe. La température s'élève de quelques dixièmes de degré. Cinq semaines après l'accouchement, la guérison s'est produite.

En mars 1894, la malade est enceinte pour la 7e fois. Au 6e mois de la grossesse, sans autre symptôme, qu'un prurit dans la région péri-ombilicale, apparaît dans cette région un érythème et des vésicules occupant toute la paroi addominale, puis qui s'étendent à la poitrine, au dos, aux bras, aux cuisses. Le visage, les avant-bras, les mains, les jambes et les pieds ne sont pas atteints. L'accouchement a lieu le 2 décembre ; l'enfant de sexe féminin, est faible, ne pèse que 2,600 gr., et meurt 7 jours après. Au moment de son accouchement, cette femme présente de nombreuses vésicules, de petites bulles et des croûtes. Il y a 38° de fièvre, et 36 heures après l'accouchement il se produit une poussée suraiguë, érythémateuse, vésiculeuse et bulleuse. Le prurit est violent, et disparaît aussitôt la bulle formée. L'éruption prédomine sur la face antérieure du tronc, où les îlots sont à peu près symétriques, et sur les membres, où elle est très accentuée ; la plante des pieds est indemne. Au 10e jour cette éruption perd de son intensité et au 20e jour elle semble s'éteindre. Puis un mois après (fin décembre), une nouvelle poussée se produit, respectant les membres. Le menton et le cou sont envahis, mais il y en a surtout sur le dos, où les pustules sont abondantes ; il n'y a pas de bulles. Le 14 février 1895, il y a encore des plaques rouges de petites vésicules, il n'y a pas de bulles. L'état général est bon, et la malade ne tarde pas à guérir.

Elle redevient enceinte en février 1896 et c'est elle qu'examine M. Canuet dans le service de M. le professeur Fournier, et en rapporte l'observation dans le Bulletin de la Société de Dermatologie de mars 1896, alors qu'elle a une quatrième atteinte d'Herpès gestationis.

Cas de M. CANUET

Dermatite herpétiforme au cours de la grossesse. (Bulletin de la Société de Dermatologie, mars 1896.)

Femme de 30 ans — VIII pare — entre pour la 3e fois dans le service de M. le professeur Fournier. La dermatite herpétiforme apparaît chez elle pour la 4e fois au cours d'une 8e grossesse. Pas d'antécédents héréditaires remarquables ; elle n'est ni tuberculeuse, ni hystérique. Pendant les 4 premières grossesses, il n'y a eu aucune éruption. A la 5e grossesse, l'éruption d'herpès gestationis s'est montrée 2 jours après la délivrance et a duré 1 mois. A la 6e grossesse, elle est apparue au 4e mois de la grossesse, a persisté jusqu'à la 5e semaine après la délivrance. La 3e atteinte débute au 6e mois de la 7e grossesse et persiste jusqu'après l'accouchement. Dans l'intervalle des grossesses, la guérison est complète, il n'y a pas trace de pigmentation.

Au 2e mois de la 8e grossesse, la malade souffre d'un vif prurit, mais sans autres prodromes. Il se produit alors des placards

érythémateux, et érythémato-papuleux sur lesquels se montrent des vésicules, des bulles, des pustules. Des croutelles se forment au sommet de certaines vésicules. Tous ces éléments sont groupés irrégulièrement. Il existe des intervalles de peau saine. Le début a eu lieu à la face extérieure des avant-bras ; ensuite la face interne des cuisses, le ventre, le haut du tronc, les jambes ont été envahis. L'éruption a respecté la face, le cuir chevelu, la paume des mains, la plante des pieds et les muqueuses.

Le prurit n'est pas excessif. Il existe des démangeaisons, des sensations de brûlure ; mais le sommeil de la malade n'est pas troublé. L'état général est bon ; la température est normale. Il n'y a aucune manifestation du côté des vicères. Les urines ne contiennent pas d'albumine ; il y a un peu d'indican, l'urée est légèrement diminuée. La grossesse évolue normalement..

Cas de LESSER

(Herpès gestationis)

(Berliner Dermatologische Gesellschaft) Extrait des Annales de Dermatologie, 10 janvier 1899.

Femme âgée de 26 ans. N'avait eu aucune maladie de peau avant le 3e mois qui suivit l'accouchement à sa 4e grossesse. A ce moment, il apparut sur le tronc, plus tard sur les membres et le cuir chevelu, des taches érythémateuses fortement infiltrées, sur lesquelles se formèrent plus tard des bulles. Les efflorescences avaient de la tendance à devenir serpigineuses et à former des cercles. La malade redevint enceinte 8 mois après le début de cette éruption, en février 1898. Pendant toute la grossesse, les poussées ne cessèrent pas, de nouveaux foyers apparaissaient, tandis que d'autres guérissaient. Vers la fin de la grossesse, les éruptions diminuèrent. Accouchement à terme, le 21 novembre 1898, d'un enfant sain. Une poussée éruptive se produisit 24 heures rprès et atteignit son maximum le cinquième jour. L'état général était resté bon, bien qu'il existait un prurit violent et une sensation de brûlure. Deux mois après, le 10 janvier 1899, l'éruption est presque guérie. Il reste quelques plaques, isolées et des pigmentations très prononcées : ces dernières constituent un des symptômes caractéristiques de cette maladie.

Cas du Docteur HIRIGOYEN

(Herpès gestationis. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et Journal de Médecine de Bordeaux, 25 juin 1899.)

Femme de 30 ans, exerçant la profession de sage-femme. Elle entre dans le service du docteur Hirigoyen à la Maternité de Bordeaux au 6e mois de sa 6e grossesse, atteinte d'herpès gestationis généralisé.

A chacune des 5 premières grossesses, l'herpès avait débuté au 3e mois. La plante des pieds était d'abord atteinte, et l'éruption se généralisait peu à peu à tout le corps. L'herpès persistait très intense pendant toutes les grossesses, et présentait les caractères polymorphes propres à cette affection. Il disparaissait rapidement et spontanément après chacun des accouchements et ne se reproduisait qu'à la venue d'une nouvelle grossesse. Détail curieux : Après un des accouchements, la femme ayant voulu nourrir son enfant, l'herpès persista tout le temps de l'allaitement qui dût être abandonné et aussitôt après, l'éruption disparut.

Pour la 6e grossesse, l'affection réapparut au 3e mois, débutant par les membres inférieurs. Au 6e mois, tout le corps était envahi, et l'éruption était caractéristique : erythème, vésicules, etc. La malade est mise au régime lacté, le prurit intolérable jusqu'alors se calme, les lésions rétrocèdent mais ne disparaissent complètement que dans les jours qui suivent l'accouchement à terme d'un enfant vivant et la femme quitte le service complètement guérie.

Cas de JONES

Herpès gestationis. — British Journal of Dermatology, août 1901.

Femme de 29 ans. Le lendemain de son premier accouchement, il se produit une éruption composée de papules, de vésicules et d'élevures urticariennes qui débutent par le ventre, se généralisent dès le lendemain à tout le corps en s'accompagnant d'un prurit violent. Sur les jambes, les lésions avaient quelques tendances au groupement, sur les pieds, des bulles apparaissent L'éruption guérit au bout de 10 jours.

La grand'mère de la malade a eu une éruption analogue à chacune de ses cinq grossesses.

Cas de MORRIS

Herpès gestationis. — British Journal of Dermatology, 1901.

Femme âgée de 31 ans, X pare. Deux ou trois jours après chacun des deux derniers accouchements, elle a vu apparaître une éruption érythemato-bulleuse. La poussée actuelle dure depuis 6 semaines.

Cas de GALLOWAY

Hydroa gestationis. — British Journal of Dermatology, (novembre 1901.)

Femme de 39 ans, IV pare. — Tous les accouchements ont été difficiles.

Aux 3 premières grossesses, l'éruption s'est montrée 3 jours après l'accouchement, elle s'est limitée aux jambes et a duré 2 ou 3 semaines. La dernière fois, l'éruption s'est montrée au 4e mois de la grossesse, et s'est répandue sur tout le corps. Elle n'a pas

Tableau Synoptique

Nos D'ORDRE	DATE	OBSERVATEURS	AGE DE LA MALADE	NOMBRE TOTAL de Grossesses.	NOMBRE TOTAL d'Atteintes.	PENDANT QUELLES GROSSESSES	ÉPOQUE D'APPARITION DE L'ÉRUPTION	DURÉE APRÈS LA DÉLIVRANCE	ATTEINTES en dehors de la gestation.	SANTÉ DE LA MÈRE pendant l'atteinte.	ÉPOQUE DE l'accouchement.	SANTÉ DE L'ENFANT
1	1811	BRUNEL.....	30	4	3	2e grossesse.	5e mois.					
		dº				3e grossesse.	5e mois.	plus d'un mois.				
		dº				4e grossesse.	4 mois ½.					
2	1840	GIBERT.....				toutes sauf la 1re.	derniers mois.					
3	1852	CHAUSSIT.....	23			1re grossesse.	5e mois.	2 mois.		fiè. ap. déliv.		
4	1863	HARDY.....	35	10	9	toutes sauf la 1re.	après quelq. semaines.	1 mois.			à terme.	
5	1867	WILSON.....		10	6	à partir de 5e grossesse.		plus de 9 mois.	(était sans doute enceinte pour la 10e fois).			
6	1869	KOBNER.....	25	2	1	2e grossesse.	après accouchement.	1 mois.			à terme.	
7	1872	MILTON.....	35	8	3	1re, 5e 8e grossesse.	4e mois.	2 semaines.		bonne.	à terme.	
8	1872	HEBRA.....		6	6	toutes.	5e mois.	1 mois.			à terme.	
9	1874	BULKLEY.....	32	2	2	1re grossesse.	6e mois.	peu.		affaiblie.		
						2e grossesse.	5e mois.	peu.				
10	1876	THOMPSON.....	20	1	1	1re grossesse.	8e mois.	quelques jours.				
11	1878	LIVEING.....	37	?	3	dernière.	après l'accouchement.	3 semaines.	2	ne dort pas.	à terme.	bonne.
12	1870	WINDHAM.....	38	8	8	toutes.	7e, 3e, 3e, 10e, 12e semnes			grave.		
13	1880	STANLEY GHL....	39	7	6	6 premières.	4 jours avant accouch.	1 mois.				
14	1881	WALTER G. SMITH	35	9	3	3e grossesse.	6e mois.	2 mois.	1			
						7e grossesse.	3e mois.	3 mois.				
15	1882	OSWALD.....	10	?	2	2 dernières.	7e mois.	3 semaines.				
						»	5e mois.	7 semaines.				
16	1884	DURHING.....	28		2	2e grossesse.	3e mois.	3 ans.	1		à terme.	mourt i. an

21	1888	WOOD		1	1	1re grossesse.	7e mois.	quelq. semaines		affaiblie.		
22	1889	NOYES	36	2	2	re grossesse.	3 jours après accouch.	4 semaines.		grave.	à terme.	
						1re grossesse.	1 mois après accouch.	1 an.				
23	1889	BLASKO	25	3	2	2e grossesse.	3 sem. apr. faus. couch.	1 an.			faus. couch.	
						2e grossesse.	12 jours après accouch.	2 mois.				
24	1889	SCHERWELL	32	7	2	3e grossesse.	3 jours ap. faus. couch.	peu.			faus. couch.	
						x.	1 semaine apr. accouch.					
25	1889	ALLEIN	26	8	1	dernière.	3e mois.			fièvre.	à terme.	bonne.
26	1889	WHITE	22	2	3	8e grossesse.	1 semaine av. accouch.	3 mois		fièvre.	7e mois.	mort.
						1re grossesse.	3 sem. après accouch.			ass. bonne.	à terme.	faible.
27	1892	COIGNET	30	7	2	2e grossesse.	2e mois.	2 mois.	1	grave.		
						5e grossesse.	1e mois.	3 semaines.		grave.		fœtus.
28	1892	Pr FOURNIER	?	5	2	6e grossesse.	6e mois.	7 jours.		mort.	avortement.	macéré.
						1re grossesse.	quelq. jrs ap. accouch.	quelq. semaines			à terme.	
29	1892	ELLIOT	35	3	1	2e grossesse.	4e mois.			bonne.		
30	1893	BOECK	28	5	1	3e grossesse.	3e mois.	6 mois.		bonne.	7e mois.	
						1re ou 2e grossesse.	2 jours après accouch.	peu.				
						3e grossesse.	5e mois.	8 semaines.				
						4e grossesse.	4e mois.	peu.				
31	1893	MACKENZIE	32	3	2	5e grossesse.	3e mois.	5 mois.				
						2e grossesse.	5e mois.	2 mois.		bonne.		
32	1893	do	35	?	1	3e grossesse.	4e mois.	6 mois.			à terme.	bonne.
33	1894	MÉLOT	26	2	3	derniere.	8e mois.	peu.			à terme.	mort-né.
						1re grossesse.	2e mois.	4 mois.		bonne.	à terme.	meurt.
34	1895	Pr P. BAR	28			2e grossesse.	5e mois.	6 mois.	1	fièvre.	à terme.	meurt.
						5e grossesse.	2 jours après accouch.	15 jours.			à terme.	
						6e grossesse.	4e mois.	5 semaines.			à terme.	
35	1895	PERRIN	35	9	3	7e grossesse.	6e mois.	20 jours.	rechute 12 j.		à terme.	meurt.
						7e grossesse.	après accouchement.	15 jours.			à terme.	meurt.
						8e grossesse.	7e mois.	2 mois.		bonne.	à terme.	
						9e grossesse.	5e mois.	1 mois.		affaiblie.	à terme.	macéré.
36	1899	LESSER	26	5	2	4e et 5e grossesse.	8 mois avant grossesse.	2 mois.		bonne.	à terme.	vivant.
37	1910	FUNCK-BRENTANO et FOY.	31	1	1	1re grossesse.	4 j. avant fausse couche.	plus de 3 sem.		bonne.	faus. couch. de 6 mois.	macéré.

été influencée par l'accouchement et a persisté 8 mois après celui-ci. L'éruption est formée de plaques rondes, rouges, saillantes, sur lesquelles se développent souvent des bulles hémisphériques, tendues, remplies d'un liquide clair et accompagnées d'un violent prurit.

L'examen du sang a montré :

Globules rouges	5.110.000
Leucocytes	17.000

avec 11 pour cent d'éosiniphiles.

Cas de LITTLE

Herpès gestationis. — British Journal of Dermatology, (novembre 1901.)

Femme de 29 ans, III pare, a accouché depuis 5 mois. Pendant les 2 premières grossesses, il ne s'est rien produit de particulier. Dans le cours de cette 3e grossesse, elle a souffert de douleurs rhumatismales ; puis, après l'accouchement est survenue l'éruption actuelle qui dure encore au bout de 3 mois. Elle est constituée par des vésicules, des bulles naissant sur la peau saine, sans érythème, très prurigineuses, très abondantes, mais disséminées, sans aucune tendance au groupement.

Cas de WARD

(Hydroa gestationis. — Lancet, 26 juin 1909, page 1827.)

Femme mariée VIII pare, 26 ans. — En décembre 1908, est au 5e mois de sa 5e grossesse. Depuis quelques jours elle a remarqué à la face antérieure des deux jambes, une éruption érythémateuse qui la fait beaucoup souffrir ; elle ne peut dormir tellement le prurit et les sensations de cuisson et de brûlure sont intolérables au niveau de cette éruption. La peau est rouge, chaude, tendue et s'élève considérablement au-dessus de la peau environnante, la surface est lisse ; les bords sont irréguliers mais nets. Il y a une symétrie très nette de l'éruption ainsi limitée à la face antérieure des deux jambes. Des vésicules apparurent deux ou trois jours après, et devinrent confluentes, si bien qu'une énorme bulle couvrait chaque plaque érythémateuse ; elle fut incisée et on fit des pansements aseptiques. En 14 jours, la peau redevint normale. Deux mois après, l'éruption n'était pas réapparue, il persistait des pigmentations au niveau des places où les érythèmes s'étaient montrés et la malade accusait une certaine sensibilité de ces régions. La grossesse continua normalement.

A toutes ses grossesses, la malade avait vu apparaître, vers le 4e, 5e ou 6e mois cette même éruption, si nettement localisée aux deux jambes, très prurigineuse, et durant toujours 2 mois environ. La santé restait toujours excellente ; la malade ne présentait de troubles d'aucun organe. Elle avait fait une fausse couche à la 5e grossesse ; tous les autres enfants étaient bien constitués.

Cas de MM. les Docteurs FUNCK-BRENTANO et FOY

(Hôpital Saint-Antoine, 1910)

Amélie Gr..., 31 ans. Antécédents héréditaires. Père alcoolique, mort à 68 ans. Mère vivante, bien portante. Trois sœurs bien portantes.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans, régulièrement, perdant pendant 3 ou 4 jours.

Comme affections, elle a eu à 17 ans une attaque de rhumatisme localisée dans les membres inférieurs. Surtout dans l'articulation tibio tarsienne. Cette attaque a duré 8 mois. En janvier 1910, elle a eu une angine herpétique qui dure 8 jours. La femme est enceinte pour la première fois. Elle a vu ses dernières règles fin septembre 1909. Jamais la malade n'a présenté d'éruptions sur le corps ou sur les membres.

Elle s'aperçoit pour la première fois, le 20 avril qu'elle a sur la face interne des cuisses, et au niveau des pieds, quelques petites plaques rouges qui sont le siège d'un prurit assez intense. Il n'y a ni fièvre ni frisson.

Ces éléments se transforment bientôt en vésicules à sommet blanchâtre, elles sont de la grosseur d'une tête d'épingle ordinaire.

Le 24 avril, elle accouche et elle a un fœtus macéré de 6 mois. du poids de 670 grammes.

Elle se présente presque aussitôt à la Maternité où elle est admise d'urgence. La délivrance se fait spontanément une heure après son entrée, et pesant 150 grammes.

Déjà à ce moment, la malade présente quelques bulles d'une grosseur variant de celle d'un petit pois à celle d'une grosse épingle, remplies d'un liquide clair, incolore.

Dans les jours qui suivent, la malade éprouve un prurit intense aux membres et à la face antérieure et postérieure du tronc. Les éléments passent par différentes phases qui sont très nettes le 1er mai. Ce jour-là, l'éruption semble avoir atteint le maximum de développement. L'éruption se compose surtout d'un érythème, de vésicules, de bulles envahissant surtout les extrémités, la face postérieure du tronc et le menton. L'éruption est symétrique. Les placards érythémateux de dimensions variables, couvrent la face interne des jambes, des cuisses, des parties latérales de l'abdomen et surtout la face postérieure du dos, plus exactement de la région lombo-dorsale. A ce niveau, les placards érythémateux sont très vastes, ils couvrent toute la région moyenne de la face postérieure du tronc. En remontant dans le dos, au niveau de la face postérieure du thorax, les placards se font de plus en plus petits, atteignant les dimensions d'une pièce de 1 franc ou de 50 centimes, pour disparaître dans la région scapulaire.

Sur les membres, sur l'abdomen, les placards sont petits, de la taille d'une pièce de 1 franc, 2 francs, rarement 5 francs, séparés les uns des autres par des intervalles de peau saine. Cet érythème fait saillie sur le tégument. L'élément jeune est une papule blanchâtre qui apparaît au point où la malade se gratte. Cette papule irritée devient rouge, se couvre de vésicules qui laissent soudre un

peu de sérosité. Ces papules s'élargissent, se réunissent aux papules voisines pour former des plaques d'étendue très variable. Ces plaques diffèrent entre elles suivant la date de leur apparition. Les plaques nouvelles se distinguent par une rougeur plus congestive. En promenant le doigt sur la surface des placards, on a une sensation de granité.

Sur les plaques anciennes, le centre a pâli, les vésicules se sont aplaties. Les bords sont très saillants, formant un véritable bourrelet couvert de fines vésicules. A mesure que l'éruption progresse, les vésicule diparaissent au centre et persistent, tassées sur les bords.

A côté de cet élément jeune : vésicule, sont des éléments plus singuliers : la bulle. De volume différent ; elles sont grosses souvent comme la moitié d'un œuf, affectant en général une forme arrondie ou ovalaire, quelquefois aussi irrégulière. Elles sont remplies d'un liquide clair, opalin, incolore.

Distribution. — Membre supérieur gauche. Sur le bras, quelques petits placards érythémateux, grands comme une pièce de 1 franc. Sur le bord interne du bras, 3 petites bulles de la grosseur d'une petite noisette. Sur la main, il y a des bulles énormes, remplies d'un liquide clair incolore. Une bulle énorme recouvre toute la face dorsale au premier métacarpien, et la face supérieure du carpe, et pousse un prolongement jusqu'à la commissure du pouce et de l'index. Il y a une petite bulle à la face dorsale de la première phalange du pouce. Sur la tête du 2e métacarpien et de l'extrémité postérieure de la première phalange de l'index sont deux bulles juxtaposées. Une grosse bulle recouvre toute la face dorsale de la première phalange du médius. Une bulle de la grosseur d'une grosse noisette siège sur la première phalange de l'annulaire et sur la tête du quatrième métacarpien. Il n'y a rien sur la paume de la main.

Membre supérieur droit. — Sur le bras, il y a quelques petites tâches érythémateuses. Sur l'avant-bras, quelques placards un peu plus grands, très isolés par de larges intervalles de peau saine. Quelques vésicules isolées renferment du liquide. Il y a 3 bulles sur le bord externe de l'avant-bras, l'inférieure de la grosseur d'une petite cerise se voit sur la photographie. Le dos de la main est recouvert d'une énorme bulle qui s'étend sur les trois premiers métacarpiens. Une bulle recouvre toute la largeur de la face dorsale de la première phalange du pouce. Une grosse bulle sur la base de la première phalange de l'index et sur la tête du deuxième métacarpien. Une autre bulle siège au niveau de l'extrémité antérieure du troisième espace intérosseux, empiétant sur le troisième et le quatrième métacarpien. Une petite bulle à la racine du cinquième doigt, côté interne ; une autre côté externe de la première phalange de l'auriculaire.

Membres inférieurs. — Côté gauche. Toute la jambe gauche et la cuisse sont parsemées de plaques érythémateuses de la taille d'une pièce de 1 fr. à 2 francs. Les élément sont d'âge différent : les plus jeunes étant beaucoup plus rouge vif. Les plus anciens sont d'une teinte cuivrée. A la face interne de la cuisse, 2 ou 3 petites bulles remplies de liquide clair. A la face plantaire du pied, une énorme bulle couvre toute la largeur du pied et remonte un peu

sur la face interne. Elle commence immédiatement en arrière de l'articulation métacarpo-phalangienne ayant dans sa plus grande largeur 7 à 8 centimètres. Cette bulle semble résulter de la réunion de plusieurs autres dimensions moindres.

Sur cette face plantaire, au niveau des orteils, on constate la présence d'une bulle au niveau du bord interne du gros orteil, empiétant sur la plante du pied. Une bulle sur le bord interne de la face plantaire du troisième orteil, s'étendant jusqu'à l'extrémité. Une bulle plus volumineuse siège à la base du quatrième orteil, envahissant un peu la plante du pied. A la face dorsale, on constate 2 bulles au niveau du ligament annulaire du tarse ; l'une de la grosseur d'une cerise, un peu en avant et en dedans de la malléole interne ; l'autre plus petite, siège à peu près sur la ligne médiane. On voit débordant sur le bord interne et recouvrant tout le bord interne du pied, l'extrémité de cette grosse bulle qui a été signalée sur la face plantaire du même pied. Une grosse bulle au niveau de la tête du premier métatarsien et recouvrant toute la face dorsale du premier orteil. Sur le bord interne de la deuxième phalange du premier orteil, on voit une partie de la bulle signalée à la face plantaire. Une bulle recouvre toute la face dorsale du troisième orteil et envahit la face interne. Une grosse bulle au niveau de l'extrémité antérieure du quatrième espace interrosseux et envahissant légèrement la face dorsale du petit orteil, contournant ensuite cet orteil pour venir se confondre avec la grosse bulle de la face plantaire, occupant ce niveau.

Membre inférieur droit. — A la cuisse, on remarque de larges placards érythémateux, prédominants à la face interne. A ce niveau il y a 4 ou 5 petites bulles de la grosseur d'une noisette, séparées les unes des autres par de très larges espaces de peau saine. A la jambe, il n'y a rien à la partie supérieure. Il y a quelques plaques érythémateuses à la partie inférieure. A la face plantaire du pied droit, une large bulle recouvre la surface de la plante du pied et remonte à la face interne du pied. Cette bulle s'étend de la ligne des têtes des métacarpiens et à 3 centimètres en avant de celles-ci, et va en arrière jusqu'au niveau de la malléole interne. En arrière de cette grosse bulle, en siège une autre de la grosseur d'une noix ; elle est vers le bord interne de la plante. Une deuxième bulle beaucoup plus petite siège à 1 centimètre du bord externe dans cette région postérieure de la plante. Une bulle couvre toute la face plantaire de la deuxième phalange du gros orteil et en contourne le bord interne. Une bulle siège au niveau de la base du troisième orteil empiétant en arrière sur la plante du pied. A la face dorsale, sur le bord interne, déborde de quelques centimètres l'extrémité interne de cette énorme bulle signalée sur la face plantaire. Au niveau des orteils : sur le bord interne du gros orteil, on voit la bulle signalée à la face plantaire ; sur la première phalange du gros orteil et sur le premier métatarsien, on remarque une grosse bulle. Une petite bulle recouvre la phalangette du deuxième orteil. Une autre bulle au niveau de la commissure des deuxième et troisième orteil. Une dernière bulle couvre le bord interne et la face dorsale du quatrième orteil.

Sur le tronc, l'éruption est surtout marquée à la face postérieure, couvrant la région dorso-lombaire ; à ce niveau, la malade présente

de chaque côté de la ligne médiane de larges plaques érythémateuses, remontant jusqu'à la huitième côte de chaque côté et descendant un peu plus bas que la crête iliaque. Sur ce placard apparaissent de place en place des groupes de vésicules. Toute cette région est le siège d'un prurit intense. En avant, sur le thorax, on voit quelques plaques érythémateuses et quelques ilots de vésicules. Sur l'abdomen, les placards érythémateux sont plus abondants sur les parties latérales que sur la partie moyenne. Ils sont séparés par de larges surfaces de peau saine.

A la face, il y a des surfaces érythémateuses, grandes comme des pièces de 1 franc et sur lesquelles sont des vésicules. Il y a 5 petites bulles au niveau du menton.

En résumé, avec cette éruption polymorphe, on note une absence de température lors de l'apparition de ces éléments éruptifs. La symétrie presque parfaite de ces éléments, aussi bien sur les membres que sur le tronc. Enfin un prurit intense qui précède et qui accompagne l'apparition de ces placards érythémateux et qui disparaît dès que les vésicules et les bulles apparaissent.

L'étude du liquide des vésicules et des bulles montre que ce liquide est clair incolore, fortement fibrineux. A l'examen cytologique, on constate qu'il y a peu d'éléments, 3 ou 4 éléments par champ de microscope et constitués soit par les lymphocytes, soit par des polynucléaires éosinophiles (50 0/0).

L'examen du sang, montre qu'il y a 3.900.000 globules rouges et 12.000 globules blancs. Sur 100 leucocytes, il y a 75 polynucléaires, 13 mononucléaires, 2 lymphocytes et 10 éosinophiles ; c'est-à-dire une grosse éosinophilie sanguine.

La réaction de Wassermann a été faite avec le liquide des bulles et avec le sang ; elle est restée négative.

On constate que les poumons, le cœur et le tube digestif de la malade sont normaux. Les urines sont abondantes, claires. Il n'y a pas d'albumine.

On met la malade au régime lacté. On fait sur les membres un enveloppement avec des compresses sèches stérilisées.

La plupart des vésicules se sont vidées de leur contenu sans que l'épiderme s'enlève.

5 mai. — Quelques nouveaux éléments sont apparus à la plante des pieds : ce sont des bulles de la grosseur d'une noix. La plupart des vésicules et des bulles se sont vidées du liquide qu'elles contenaient. Une des vésicules a donné issue à du liquide hémorragique.

8 mai. — Il n'y a pas de nouveaux éléments. Les bulles sèchent très vite, l'épiderme soulevé par le liquide se détache par lambeaux. L'érythème pâlit et prend une teinte brune légèrement cuivrée.

9 mai. — Les éléments bulleux des deux mains sont secs. Seules persistent 2 petite bulles à la face antérieure du poignet droit. Au niveau de la plante des pieds persistent encore quelques bulles au niveau des orteils. Quelques éléments bulleux se sont recouverts d'une légère croûte brunâtre.

11 mai. — Quelques bulles sont apparues sur la face interne des cuisses ; elles semblent remplies d'un liquide séro-purulent.

13 mai. — La malade quitte le service malgré notre avis. Elle présente, au niveau des mains, de larges placards rouges qui indiquent la place des grosses bulles signalées plus haut. Au niveau de la partie inférieure de l'avant-bras droit, paraissent encore deux bulles grosses comme des demi-noisettes. Il y a quelques placards brunâtres sur les deux avant-bras.

Au niveau des membres inférieurs, à la face interne des cuisses, il y a des taches brunâtres où s'est faite la cicatrisation des bulles signalées. Au niveau du pied gauche, il y a 2 bulles, siégeant sur la face dorsale du 3e métatarsien, l'autre sur le 5e. L'énorme bulle de la face plantaire est encore recouverte de son épiderme. Au pied droit, une bulle, remplie de liquide, siège à l'extrémité du 4e orteil.

Sur le tronc, à la place des placards érythémateux, il reste des taches légèrement cuivrées, dont les bords sont encore un peu surélevés et durs au toucher.

L'état général est excellent.

CONCLUSIONS

I. — Le nom d'Herpès gestationis est dû à Milton (1872). En 1884, Duhring place cette dermatose dans le groupe auquel il donne le nom de Dermatite herpétiforme. En France, M. Brocq en fait une variété des Dermatites polymorphes, sous le nom de Dermatite polymorphe, prurigineuse, récidivante de la grossesse. Actuellement, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'Herpès gestationis est une Dermatite polymorphe; la grande majorité admet également qu'il est nécessaire d'en faire une variété de la Dermatite herpétiforme de Duhring ou Dermatite polymorphe de M. Brocq et le nom d'Herpès gestationis persiste.

II. — La symptomatologie de l'Herpès gestationis est dans ses caractères généraux semblable à celle de la Dermatite polymorphe douloureuse, chronique, à poussées successives, de M. Brocq. L'éruption est polymorphe, accompagnée d'un violent prurit et de sensations douloureuses. Il y a des poussées éruptives successives. L'état général reste bon. Mais elle n'est pas chronique, et elle survient chez les femmes enceintes ou venant d'accoucher. Elle récidive aux grossesses suivantes. C'est la « Dermatite polymorphe douloureuse récidivante de la grossesse » de M. Brocq. D'après la durée de l'éruption, on peut la diviser en : 1° forme aiguë; 2° forme subaiguë; 3° forme chronique très rare.

III. — L'Herpès gestationis est une variété de la Dermatite herpétiforme de Duhring et de la Dermatite polymorphe de M. Brocq, par le fait qu'elle survient pendant la grossesse ou peu de temps après l'accouchement et que les phénomènes éruptifs ont une marche spéciale :

1° Ils augmentent d'intensité immédiatement après l'accouchement;

2° Ils ont une durée relativement courte. La récidive a des caractères bien spéciaux : elle survient presque exclusivement

à l'occasion de nouvelles grossesses et l'éruption a une grande tendance à être alors plus violente et à durer plus longtemps.

De même que pour les Dermatites polymorphes les causes de la Dermatite polymorphe de la grossesse ne sont pas connues d'une manière certaine. Trois groupes de faits sont invoqués comme pouvant déterminer cette dermatose : 1° Origine nerveuse : 2° Origine toxique; 3° Origine toxique et nerveuse.

IV. — Le diagnostic de l'Herpès gestationis est en général facile, les caractères distinctifs de cette dermatose sont nets. On peut par un examen soigneux des lésions éruptives et l'évolution de la dermatose, éviter de la confondre avec les affections bulleuses, telles que les pemphigus vrais, aigus ou chroniques; le pemphigus végétant; le pemphigus foliacé; l'érythème polymorphe ; l'eczéma ; l'Impetigo herpétiforme d'Hébra. Ce n'est que dans les formes limitées ou à évolution anormale qu'on a parfois hésité à poser un diagnostic certain.

V. - Les cas graves et le passage à la chronicité sont excessivement rares dans la Dermatite polymorphe de la grossesse. L'éruption est pénible pour la malade. La partie sombre du pronostic est la récidive qui a surtout lieu aux grossesses suivantes.

Pour l'enfant, le pronostic doit être réservé.

Il peut naître à terme, chétif. La grossesse peut être interrompue et le fœtus mort et macéré.

Le traitement consistera à prescrire : 1° Le repos au lit qui soulage et repose la malade; 2° Le régime végétarien ou lacté selon l'étendue de l'éruption; 3° Enveloppement, à l'aide de compresses aseptiques recouvertes d'ouate, de toutes les régions où siège l'éruption; 4° Si on donne un traitement interne, éviter l'iodure de potassium qui augmente l'éruption; 5° Pour l'avenir observer une bonne hygiène générale et surtout alimentaire.

Vu : le Président de la thèse
P. BAR

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIA

BIBLIOGRAPHIE

Brunel. — *Dissertation inaugurale sur le Pemphigus.* Thèse, Paris 1811 Obs. IV.

Chaussit. — *Annales des maladies de peau.* Mars 1852, p. 141.

Hardy. — *Leçons sur les maladies de peau.* 1863, p. 136, et 1886, p. 26.

Wilson. — *On diseases of the skin.* London, 1867, p. 294.

Milton. — *Journal of cutaneous medecine.* 1869, p. 311.

Duncan Bulkley. — *American journal of obstetrus.* Février 1874, p. 580.

Liveing. — *Clinical remarks on a case of herpès gestationis.* Lancet, 1878.

Wyndham Cottle. — *Herpès gestationis.* St-Georges Hospital, 1879, p. 626.

Duhring. — *Un cas d'herpès gestationis, et relations de l'herpès gestationis avec la dermatitis herpetiformis.* The medical News, novembre et et juillet 1884 et octobre 1885.

Brocq. — *De la Dermatite herpetiforme de Duhring.* Annales de Dermatologie et de syphiligraphie, 1888 et de 1898. La pratique dermatologique, 1901 et 1902.

Fournier. — *Clinique sur l'herpès gestationis.* Bulletin médical de 1892.

Mélot. — Thèse de Lyon, 1894-1895.

Perrin. — Thèse de Paris, 1895.

Leredde et Perrin. — *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1895, et *Bulletin de la Société française de Dermatologie,* 1898-1899.

Ittmann et Ledermann. — *Herpès gestationis.* Traduction dans les Annales de Dermatologie de 1892.

Pr Bar et Tissier. — *Société Obstetrecale et Gy.* Paris, 1895.

Canuet. — *Bulletin de la Société Dermatologique.* Mars 1896.

Sauvage. — *Société d'Obstetrique*, 1906 et *Presse médicale*, 1906.

Pr Bar. — *Pratique de l'art des Accouchements.*

Darier. — *Précis de Dermatologie.*

Gaucher. — *Traité des maladies de peau.*

Pr Brissaud. — *Leçons sur les maladies nerveuses.* Hôpital St-Antoine, Paris, 1899.

Hirigoyen. — *Bulletin de la Société d'Obstetrique de Bordeaux,* 1899. *Journal de médecine de Bordeaux,* 1899.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 9

CHAPITRE I. — Historique 11

CHAPITRE II. — Symptomatologie. 16

CHAPITRE III. — Place de la Dermatite polymorphe récidivante de la grossesse ou Herpès gestationis parmi les dermatoses. — Étiologie. — Pathogénie 22

CHAPITRE IV. — Diagnostic 28

CHAPITRE V. — Pronostic. — Traitement 31

OBSERVATIONS 34

TABLEAU SYNOPTIQUE 40

CONCLUSIONS 50

BIBLIOGRAPHIE 52

Paris. — A. Bertrand, imprimeur-éditeur 38, boulevard Saint-Germain.